

# Erklärung für den Arzt

## Explication à l'attention du médecin

*Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt, zur besseren und reibungsloseren medizinischen Versorgung ausländischer Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt.*

### Hintergrund

In den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland durchlaufen Asylbewerber im Rahmen des Asylverfahrens mehrere Stationen an verschiedenen Orten und konsultieren dabei ggf. verschiedene Ärzte. Durch Probleme in der Übermittlung von Befunden wird eine kontinuierliche Behandlung von Erkrankungen dabei oft erschwert. Dies führt in vielen Fällen nicht nur zu Verzögerungen in der Diagnostik und Behandlung, sondern verursacht durch mehrfach durchgeführte diagnostische Maßnahmen auch unnötige Kosten.

Um diesem Problem zu begegnen, soll dieses Heft *beim Patienten verbleiben* und möglichst alle relevanten gesundheitsbezogenen Informationen enthalten. Damit soll sichergestellt werden, dass auch nach einem Ortswechsel die bisherige Krankengeschichte nachvollziehbar ist.

### Zu diesem Heft

Nach einem *Informationstext für Patienten*, in dem das deutsche Gesundheitssystem erklärt wird, enthält dieses Heft zwei *zweisprachige Anamnesebögen*. Der eine soll Ihnen bei der Erhebung der allgemeinen Krankengeschichte und der Erfassung von Vorerkrankungen helfen, der andere erfasst die aktuell akuten Beschwerden.

Eine *Terminliste* soll einerseits analog zu Bestellkärtchen den Patienten helfen, vereinbarte Termine im Blick zu behalten, andererseits aber auch weiterbehandelnden Ärzten einen Überblick ermöglichen, zu welchen Kollegen und Fachrichtungen ihr Patient bereits Kontakt hatte.

Damit Redundanzen in Diagnostik und Therapie vermieden werden, möchten wir

Sie außerdem bitten, alle von Ihnen erhobenen Befunde, eingeleiteten oder durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, sowie Ihre Kontaktadresse für eventuelle Rückfragen weiterbehandelnder Ärzte dem Heft beizufügen. Dafür können Sie entweder eine Kopie oder einen *Ausdruck Ihrer Patientenakte* mit abheften, oder aber das beigefügte Formular für einen *Kurzarztbrief* nutzen.

Sollten Sie einzelne Komponenten dieses Heftes nutzen wollen, können Sie den gewünschten Teil (oder das ganze Heft) unter folgendem Link kostenfrei downloaden:

[www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft](http://www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft)

Nachfolgend finden Sie zudem weitere Links, auf denen weiterführende Informationen zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylbewerbern bereit gestellt sind.

### Weitere Ressourcen

Zweisprachige *Aufklärungsbögen für Impfungen* finden sich auf der Internetseite des Robert-Koch-Institutes:

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien\\_fremdsprachig\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html)

Im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 findet sich ab Seite 329 der *Nachhol-Impfkalender*, der das Impfschema für bislang ungeimpfte Flüchtlinge nach Alter gestaffelt darstellt:

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/34\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/34_13.pdf?__blob=publicationFile)

Bei *Sprachproblemen* bietet die "Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt" telefonische Dolmetscherdienste an. Die Hotline, von der aus Sie an einen Dolmetscher weiterverbunden werden, erreichen Sie unter folgender Nummer: **0345/213 893 99**.

Weiteres mehrsprachiges Infomaterial unter: <http://medinetz-halle.de/materialien>



# Informations sur ce carnet et sur le système de santé allemand

## 1. Ce Carnet de santé

L'intention de ce document est de vous aider à mieux comprendre le système Allemand de Santé, et d'assurer que les médecins qui vous traitent soient informés des résultats de vos examens antérieurs.

Il se compose de différentes parties. Cette première partie contient des informations importantes sur le système de santé en Allemagne et vous explique comment vous pouvez obtenir une assistance médicale en cas de maladie. Il contient également des informations relatives à ce carnet et destinées à votre médecin.

La deuxième partie contient deux questionnaires sur vos antécédents médicaux (les maladies et les problèmes que vous avez eus) que vous pouvez remplir avant de voir un médecin, pour faciliter les communications avec ce dernier : sur le premier questionnaire, vous pouvez indiquer vos maladies antérieures et les antécédents médicaux. Sur le deuxième questionnaire, vous pouvez décrire vos symptômes actuels.

Il est également possible pour le médecin de documenter les traitements dans ce carnet. Veuillez apporter ce carnet chaque fois que vous consultez le médecin. Ainsi, il pourra rapidement avoir un aperçu de vos antécédents médicaux.

Ce carnet est uniquement pour vous. Il n'est pas lié à votre procédure de demande d'asile et concerne uniquement vos soins médicaux. Vous décidez à qui vous voulez le montrer. Personne ne peut voir vos informations personnelles contenues dans ce document contre votre volonté.

## 2. Droits des patients

En Allemagne, chaque personne bénéficie à tout moment d'un droit aux soins médicaux.

L'utilisation des services médicaux n'a pas d'impact négatif sur votre procédure de demande d'asile.

Les médecins traitants bénéficient d'un pouvoir discrétionnaire. Cela signifie qu'ils ne peuvent parler de leurs patients avec des tiers que si leurs patients le permettent. Il est interdit également de transmettre des informations aux gouvernements.

Toute personne est libre de choisir son médecin elle-même. Si vous n'êtes pas satisfait(e) de votre médecin, vous pouvez consulter un autre médecin.

Tant que votre procédure de demande d'asile sera en cours, le bureau d'aide sociale (Sozialamt) est responsable du paiement de votre traitement médical. Pour cela, vous avez besoin de demander au bureau d'aide sociale un certificat de traitement (*Behandlungsschein*).

Ce certificat garantit à votre médecin la prise en charge des dépenses engagées pour tous les traitements médicaux qui s'avèrent nécessaires.

Si votre bureau d'aide sociale refuse un traitement, vous pouvez contester cette décision avec le médecin pour obtenir le réexamen de la prise en charge financière.

Après plus de 15 mois passés en Allemagne, vous aurez accès au système de santé normal.

### 3. Santé et procédure de demande d'asile

Vous allez passer par différentes phases au cours de votre procédure de demande d'asile.

#### 3.1 Accueil initial – examen

Après leur arrivée en Allemagne, les demandeurs d'asile sont logés dans les institutions centrales. Vous serez enregistré(e) pour pouvoir être en mesure de faire votre demande d'asile.

Chaque demandeur d'asile doit subir un examen médical par un médecin dans le cadre de son enregistrement. Cet examen permet de dépister les maladies infectieuses et implique habituellement un examen physique et un examen radiographique des poumons. De plus, il vous sera proposé dans le cadre de cet examen, de vous faire vacciner.

Veillez partager avec votre médecin les informations importantes sur votre état de santé! Il peut vous aider à obtenir le traitement nécessaire en cas de maladie. Si vous avez un certificat de vaccination ou d'autres documents sur votre santé, veuillez les apporter et les lui présenter.

#### 3.2 Conseils pratiques

Après un certain temps, vous serez logé(e) dans un centre d'hébergement collectif. Dans ces centres d'hébergement, vous serez accueilli(e) par des travailleurs sociaux (*Sozialarbeiter*) qui ne manqueront pas de vous venir en aide pour bien vivre en Allemagne en répondant à toutes vos questions.

##### *Traitement non urgent*

Si vous voulez voir un médecin, vous avez besoin d'un certificat de traitement (*Behandlungsschein*). Pour les maux de dents, vous avez besoin d'un certificat de traitement dentaire spécial. Ces deux certificats sont fournis par le bureau d'aide sociale (*Sozialamt*). Demandez à votre travailleur social où se trouve le bureau d'aide sociale compétent en la matière et comment vous pouvez obtenir le certificat de traitement. Veuillez décrire clairement vos symptômes actuels au responsable du bureau d'aide sociale. Si vous avez des douleurs, veuillez les préciser.

Avec le certificat de traitement, vous pouvez consulter un médecin généraliste. Si vous souhaitez consulter d'autres médecins, vous avez besoin d'une lettre de référence rédigée par le médecin généraliste (*Überweisungsschein*) à l'attention d'un médecin spécialiste. Pour les médecins spécialistes, il est généralement nécessaire de prendre un rendez-vous. Les temps d'attente pour un rendez-vous peuvent même atteindre plusieurs semaines. Au rendez-vous, vous devez être à l'heure parce que le médecin a réservé ce créneau horaire pour vous. Si vous ne parlez pas allemand, demandez l'aide d'un ou d'une interprète et demandez au médecin s'il ou elle peut vous accompagner.

Si vous avez besoin de médicaments, le médecin vous fera une ordonnance (*Rezept*). Il existe deux types d'ordonnance, de deux couleurs différentes (rouge et verte). Avec ces ordonnances, vous devez aller à la pharmacie pour recevoir votre ou vos médicaments. Vous n'aurez rien à payer pour les médicaments prescrits sur une ordonnance rouge, tandis que vous devrez payer les médicaments prescrits sur une ordonnance verte. Le bureau d'aide sociale vous délivrera le certificat de traitement ainsi qu'un document qui montre à la pharmacie que vous ne devez pas payer pour les ordonnances rouges. Veuillez bien conserver ce document et le montrer au pharmacien.

##### *Urgences*

En cas d'urgence, vous n'avez pas besoin d'un certificat de traitement et vous pouvez vous présenter aux services d'urgence des hôpitaux. Les services d'urgence sont ouverts 24 heures sur 24, y compris les jours fériés. En cas de symptômes engageant votre pronostic vital ou si vous ne pouvez pas aller aux urgences à cause de votre maladie, vous pouvez appeler les services d'urgence. Le numéro du service d'urgence est le 112. Si vous ne parlez pas allemand, essayez de trouver quelqu'un qui appellera une ambulance pour vous. Si personne n'est disponible, donnez lentement votre nom et le lieu d'où vous appelez (p. ex. le nom de la rue).

### 3.3 À la fin de la procédure de demande d'asile

Une fois que votre procédure de demande d'asile est terminée ou après avoir vécu pendant 15 mois en Allemagne, vous pourrez bénéficier de l'assurance-maladie qui est réservée aux résidents. Vous recevrez alors une carte d'assurance-maladie (une carte à puce) et vous n'aurez plus besoin des certificats de traitement du bureau d'aide sociale.

Avec cette carte à puce, vous pouvez avoir accès à tous les soins médicaux (et à tous les médecins).

## 4. Contacts

Si vous tombez malade et qu'il vous est difficile d'être soigné(e), vous pouvez contacter le travailleur social de votre logement. En outre, il existe beaucoup de centres de conseil et d'associations qui offrent leur aide gratuitement.

*Pour avoir de l'aide en cas de difficultés pour vous faire soigner :*

#### **Medinetz Halle e. V.**

Ludwigstraße 37, 06110 Halle  
Téléphone: 0152/159 300 43  
jour et horaires de consultation:  
les jeudis de 16 à 18h

#### **Medinetz Magdeburg e. V.**

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Téléphone : 0176/665 308 54  
jour et horaires de consultation:  
le mardi de 15 à 17h

*Pour recevoir des conseils et une thérapie pour des problèmes de santé mentale :*

#### **Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ)**

(Centres psycho-sociaux pour les migrants)

#### **PSZ Halle**

Charlottenstraße 7, 06108 Halle  
Téléphone: 0345/21 25 768

#### **PSZ Magdeburg**

Liebknechtstraße 55, 39108 Magdeburg  
Téléphone: 0391/63 10 98 07

*Défense des intérêts des réfugiés en Saxe-Anhalt :*

#### **Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.**

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Téléphone: 0391/53 71 281

*Assistance téléphonique avec en cas de problèmes avec la langue :*

#### **Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt**

(Médiation linguistique en Saxe-Anhalt)  
Téléphone: 0345/21 38 93 99

# Behandlungsschein

## Certificat de traitement

Name (Vor- Nachname)		Kassen-Nr.	
Fachbereich Soziales		123456789 12345	
Nacht- / Vorname des Leistungsberechtigten nach AStb/G.L. Anstz/B			
Musterhahn, Max			
Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale)			
geb. am		01.01.1993	
AZ		Status	
4564.945672		M F A	
Vertragsart-Nr.		gültig von	
		01.07.2015	
		gültig bis	
		30.09.2015	

**Behandlungsschein Asyl**  
**Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!**

Unfall/Unfallfolgen

Behandelnder Arzt in \_\_\_\_\_

USt-Nr. \_\_\_\_\_

Stadt Halle (Saale)  
 Fachbereich Soziales  
 Abl. Gefährdende Leistungen  
 Südpromenade 30  
 06108 Halle (Saale)  
 Ausb. 06 31 30 10 10

**Wichtige Hinweise**

Personen mit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Gültig bis zum Beginn einer Krankenkassenmitgliedschaft oder bis zum Widerruf, längstens jedoch bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Nicht übertragbar. Die Identität des Patienten ist zu überprüfen!

- Für den neben genannten Asylbewerber werden gemäß § 4 AsylbLG die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten vom Fachbereich Soziales übernommen. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln.
- Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungspflichtiger die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesieger angefordert wurden!
- Krankenhausesweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, ebenfalls der Zustimmung des Kostenträgers. Dabei ist der nächst erreichbare Arzt und das nächstliegende Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit dgr. Behandlung ist vom Arzt schriftlich zu bestätigen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
- Sollten die **Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten nicht möglich!**
- Wichtiger Hinweis für den Arzt:** Für die Leistungen durch niedergelassene Ärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.
- Die Arztkostenrechnung ist nach Quartalsende an die Stadt Halle (Saale), Sozialamt, Südpromenade 30, 06128 Halle (Saale) zu übersenden. Selbstverständlich können die Dienstleistungen der Kassenzentralen Vereinigung genutzt werden.
- Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
- Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

# Überweisungsschein

## Lettre de référence

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Überweisungsschein</b>		06
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	Geschlecht
Beauftragter Nr.	Arzt Nr.	Datum	
Diagnose/Werkschtdiagnose	Überweisung an	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	Auf bis
Befund/Medikation			
Auftrag			

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (0.2015)

# Rotes Rezept

## Ordonnance rouge

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Rotes Rezept</b>		06
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	Geschlecht
Beauftragter Nr.	Arzt Nr.	Datum	
Diagnose/Werkschtdiagnose	Überweisung an	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	Auf bis
Befund/Medikation			
Auftrag			

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (0.2015)

6282899234

# Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

## Antécédents médicaux généraux / maladies antérieures

Datum:

Name

*Nom*

---

Geburtsdatum

*Date de naissance*

Telefonnummer

*Numéro de téléphone*

---

Geschlecht

*Sexe*

weiblich

*féminin*

männlich

*masculin*

Familienstand

*Situation matrimoniale*

alleinstehend

*célibataire*

verheiratet

*marié(e)*

verwitwet

*veuf(ve)*

getrennt

*séparé(e)*

Kinder

*Enfants*

Nein

*Non*

Ja

*Oui*

Anzahl Kinder

*Nombre d'enfants*

Herkunftsland

*Pays d'origine*

---

Beruf im Herkunftsland

*Profession dans le pays d'origine*

---

### Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

### Partie réservée au service de santé publique allemand!

#### Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

# Allgemeine Anamnese

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

## Herz

Herzinfarkt   
Herzschwäche   
Herzklappenfehler   
Andere:

# Anamnèse générale

Quelles maladies avez-vous eues ou avez-vous actuellement?

## Cœur

Infarctus du myocarde  
Insuffisance cardiaque  
Problème de valve cardiaque  
Autres:

## Lunge

Asthma   
Andere:

## Poumon

Asthme  
Autres:

## Magen

Magenentzündung   
Sodbrennen

## Estomac

Gastrite  
Brûlures d'estomac

## Leber

Leberzirrhose   
Andere:

## Foie

Cirrhose du foie  
Autres:

## Galle

Steinleiden   
Andere:

## Bile

Lithiase  
Autres:

## Darm

Krebs   
Hämorrhoiden   
Hernien   
Andere:

## Intestin

Cancer  
Hémorroïdes  
Hernies  
Autres:

## Niere/Blase

Nierenschwäche   
Nierensteine   
Blasenentzündungen   
Andere:

## Maladies rénales, de la vessie

Insuffisance rénale  
Calculs rénaux  
Cystites  
Autres:

## Frauen

Brustkrebs   
Gebärmutterkrebs

## Femmes

Cancer du sein  
Cancer de l'utérus



**Männer**

Prostatavergrößerung  
Prostatakrebs

  
**Skelett**

Arthrose  
Rheuma  
Wirbelsäulenschäden  
Andere:

  
  
**Hommes**

Hypertrophie bénigne de la prostate  
Cancer de la prostate

**Squelette**

Arthrose  
Rhumatismes  
Traumatismes médullaires (de la moelle épinière)  
Autres:

**Krebs**

Krebsleiden  
Bestrahlung  
Chemotherapie  
Krebs-Operation

  
  
  
**Cancer**

Maladies cancéreuses  
Radiothérapie  
Chimiothérapie  
Chirurgie du cancer

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
Schlaganfall  
Andere:

  
**Nerfs/cerveau**

Épilepsie  
AVC  
Autres:

**Augen**

Glaukom  
Katarakt

  
**Yeux**

Glaucome  
Cataracte

**Haut**

Psoriasis  
Andere:

**Peau**

Psoriasis  
Autres:

**Schilddrüse**

Überfunktion  
Unterfunktion

  
**Thyroïde**

Hyperthyroïdie  
Hypothyroïdie

**Andere**

Diabetes  
Bluthochdruck  
Muskelkrankheiten  
Thrombose  
Blutungsneigung  
Andere:

  
  
  
  
**Autres**

Diabète  
Hypertension artérielle  
Maladies musculaires  
Thrombose  
Hémorragie  
Autres:

## Welche Organe wurden operiert?

## Quels organes ont-ils été opérés ?

Lunge	<input type="checkbox"/>	Poumon
Herz	<input type="checkbox"/>	Cœur
Brust	<input type="checkbox"/>	Poitrine
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Utérus
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Césarienne
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	Curetage
Schädel	<input type="checkbox"/>	Crâne
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Articulations
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	Fracture osseuse
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Colonne vertébrale
Galle	<input type="checkbox"/>	Bile
Leber	<input type="checkbox"/>	Foie
Magen	<input type="checkbox"/>	Estomac
Darm	<input type="checkbox"/>	Intestin
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Appendice
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Hémorroïdes
Blase	<input type="checkbox"/>	Vessie
Niere	<input type="checkbox"/>	Rein
Prostata	<input type="checkbox"/>	Prostate
Augen	<input type="checkbox"/>	Yeux
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Thyroïde
Andere:		Autres:

---

## Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

## Laquelle ou lesquelles de ces maladies infectieuses avez-vous déjà eue(s) ?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Tuberculose
HIV	<input type="checkbox"/>	VIH
Röteln	<input type="checkbox"/>	Rubéole
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Hépatite
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Varicelle
Masern	<input type="checkbox"/>	Rougeole

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

---

Nahrungsmittel:

---

Pollen:

---

Andere:

---

## Êtes-vous allergique ou intolérant à certaines substances ?

Médicaments:

Allergie alimentaire:

Pollen:

Autres:

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

Non

Oui

Si oui, lesquels ? (Veuillez les noter ci-dessous)

Name des Medikamentes <i>Nom du médicament</i>	Wirkstoffmenge <i>Quantité de principes actifs (posologie)</i>	Anzahl frùhs <i>Quantité prise le matin</i>	Anzahl mittags <i>Quantité prise à midi</i>	Anzahl abends <i>Quantité prise le soir</i>

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Non

Oui

Si oui, lesquels?

---

---

## Prenez-vous actuellement d'autres médicaments ?



## **Vorlagen:**

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

## **Modèle de texte:**

**Questionnaire 2**

**Rendez-vous médicaux**

**Rapport médical court**



# Anamnesebogen 2

# Questionnaire 2

Datum:

Name

*Nom*

Geburtsdatum

*Date de naissance*

Telefonnummer

*Numéro de téléphone*

## Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

Fieber	<input type="checkbox"/>	Fièvre
Husten	<input type="checkbox"/>	Toux
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Essoufflement
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomissement
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Selles de couleur noire
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction douloureuse
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urine de couleur rouge
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction nocturne
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Gonflement des jambes et /ou des pieds
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Jaunissement des yeux et /ou de la peau
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Sueurs nocturnes (excessives)
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perte auditive
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Perte de vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Perte d'énergie

## Symptômes actuels

*Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?*

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

## Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?  
*Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?*

Nein  Ja   
Non  Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?  
*Si oui, combien de kilogrammes?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?  
*Avez-vous récemment pensé à vous suicider?*

Nein  Ja   
Non  Oui

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein  Ja   
Non  Oui

Wenn ja, wie oft?  
*Si oui, à quelle fréquence?*

selten  manchmal  oft  meistens  immer   
*rarement  parfois  souvent  la plupart du temps  toujours*

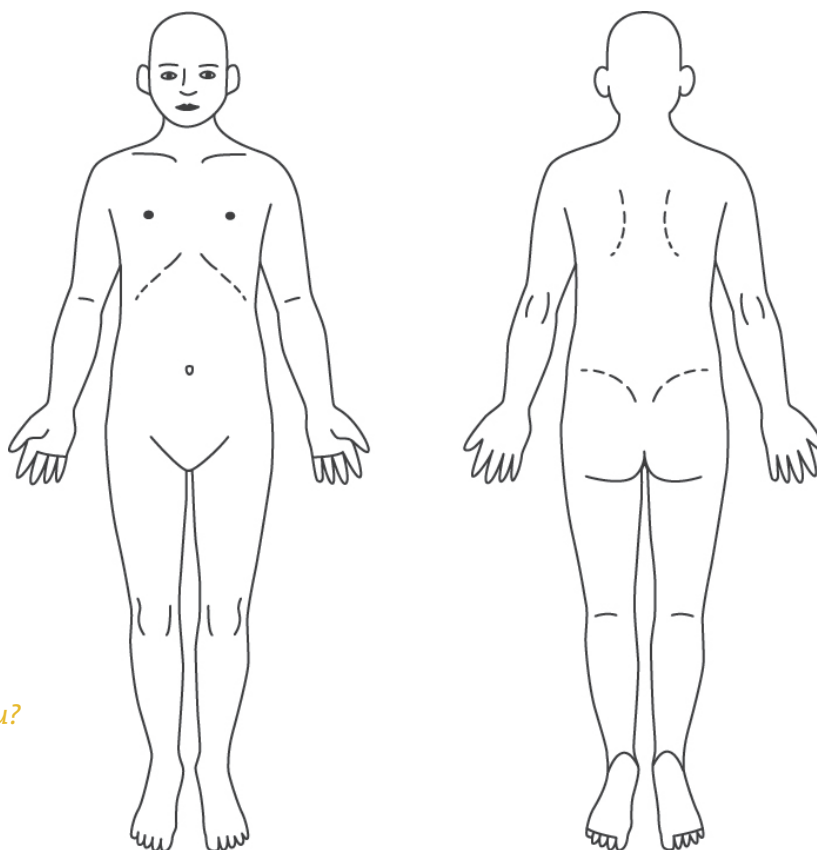
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?  
*Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)  
*Où avez-vous des douleurs?  
(Veuillez indiquer avec x)*

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)  
*Où avez-vous des plaies?  
(Veuillez indiquer avec o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)  
*Où avez-vous des problèmes de peau?  
(Veuillez indiquer avec #)*





# Anamnesebogen 2

# Questionnaire 2

Datum:

Name

*Nom*

Geburtsdatum

*Date de naissance*

Telefonnummer

*Numéro de téléphone*

## Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

Fieber	<input type="checkbox"/>	Fièvre
Husten	<input type="checkbox"/>	Toux
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Essoufflement
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomissement
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Selles de couleur noire
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction douloureuse
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urine de couleur rouge
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction nocturne
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Gonflement des jambes et /ou des pieds
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Jaunissement des yeux et /ou de la peau
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Sueurs nocturnes (excessives)
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perte auditive
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Perte de vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Perte d'énergie

## Symptômes actuels

*Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?*

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

## Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?  
*Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?*

Nein  Ja   
Non  Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?  
*Si oui, combien de kilogrammes?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?  
*Avez-vous récemment pensé à vous suicider?*

Nein  Ja   
Non  Oui

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein  Ja   
Non  Oui

Wenn ja, wie oft?  
*Si oui, à quelle fréquence?*

selten  manchmal  oft  meistens  immer   
*rarement  parfois  souvent  la plupart du temps  toujours*

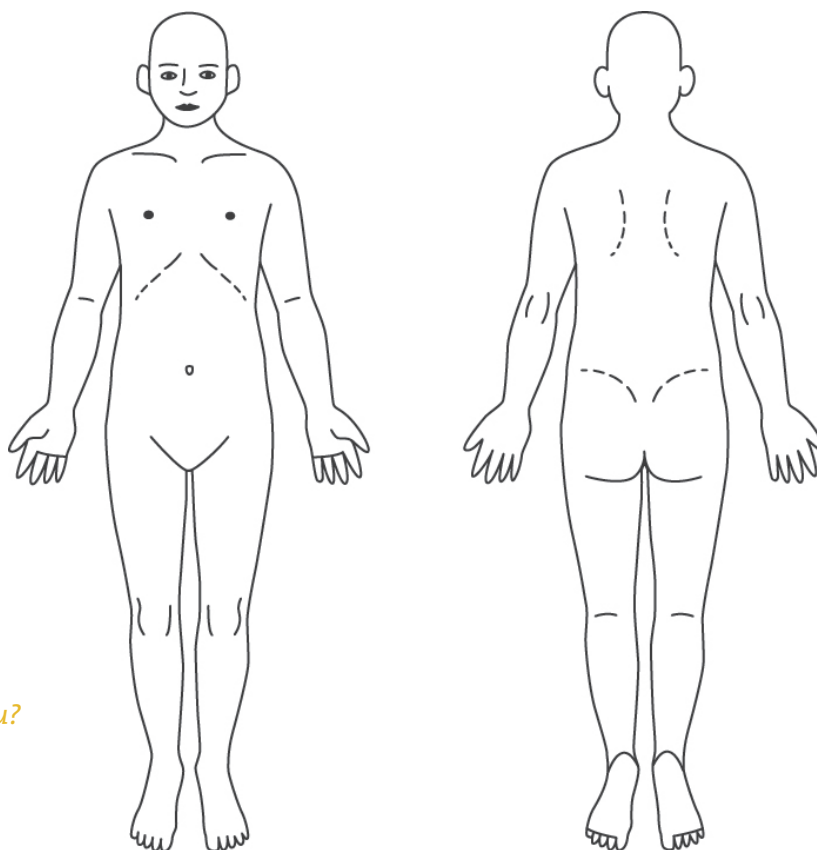
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?  
*Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)  
*Où avez-vous des douleurs?  
(Veuillez indiquer avec x)*

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)  
*Où avez-vous des plaies?  
(Veuillez indiquer avec o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)  
*Où avez-vous des problèmes de peau?  
(Veuillez indiquer avec #)*



# Anamnesebogen 2

# Questionnaire 2

Datum:

Name

*Nom*

Geburtsdatum

*Date de naissance*

Telefonnummer

*Numéro de téléphone*

## Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

Fieber	<input type="checkbox"/>	Fièvre
Husten	<input type="checkbox"/>	Toux
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Essoufflement
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomissement
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Selles de couleur noire
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction douloureuse
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urine de couleur rouge
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Miction nocturne
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Gonflement des jambes et /ou des pieds
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Jaunissement des yeux et /ou de la peau
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Sueurs nocturnes (excessives)
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perte auditive
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Perte de vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Perte d'énergie

## Symptômes actuels

*Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?*

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

## Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?  
*Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?*

Nein   
Non

Ja   
Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?  
*Si oui, combien de kilogrammes?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?  
*Avez-vous récemment pensé à vous suicider?*

Nein   
Non

Ja   
Oui

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein   
Non

Ja   
Oui

Wenn ja, wie oft?  
*Si oui, à quelle fréquence?*

selten   
*rarement*

manchmal   
*parfois*

oft   
*souvent*

meistens   
*la plupart du temps*

immer   
*toujours*

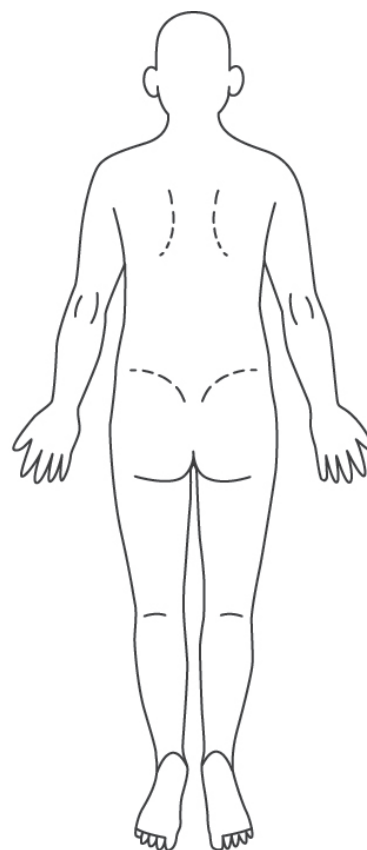
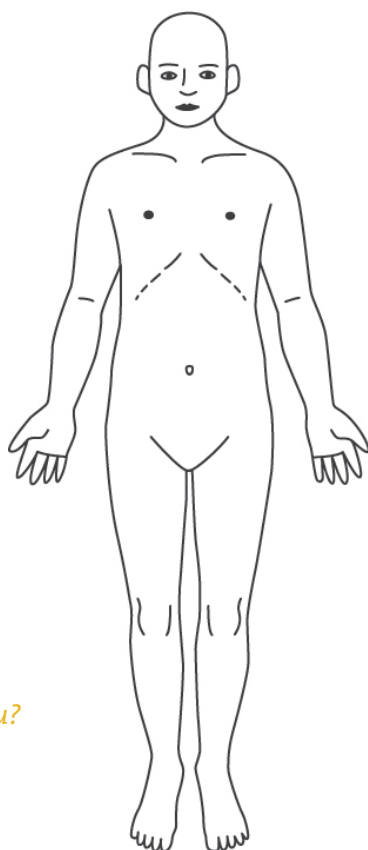
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?  
*Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)  
*Où avez-vous des douleurs?*  
(Veuillez indiquer avec x)

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)  
*Où avez-vous des plaies?*  
(Veuillez indiquer avec o)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)  
*Où avez-vous des problèmes de peau?*  
(Veuillez indiquer avec #)







# Kurzarztbrief

## Rapport médical court

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

## Rapport médical court

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---



# Kurzarztbrief

## Rapport médical court

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

## Rapport médical court

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---